

Cada Prestador deberá ubicar en el cuadro: día, horario y prestación que efectúa con el afiliado

Apellido y Nombre	DNI
--------------------------	------------

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

*Sujeto a Auditoría Posterior

Tildar las prestaciones solicitadas	Firma y sello (o aclaración)
<input type="checkbox"/> Estimulación Visual <input type="checkbox"/> Estimulación Temprana <input type="checkbox"/> Psicopedagogía <input type="checkbox"/> Acompañante Psicogerontológico <input type="checkbox"/> Acompañamiento Terapéutico <input type="checkbox"/> Acompañamiento Terapéutico Áulico <input type="checkbox"/> Psicomotricidad <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Centros y Hospitales de Día <input type="checkbox"/> Estimulación Auditiva <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/> Centros de tratamientos de Trastornos Alimentarios <input type="checkbox"/> Continuidad de Internación Geriátrica <input type="checkbox"/> Tratamiento por Consumo Problemático de Sustancias <input type="checkbox"/> Cuidador Domiciliario <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Kinesiología <input type="checkbox"/> Maestra de apoyo <input type="checkbox"/> Musicoterapia	

Consentimiento:

Nombre Completo DNI

En calidad de: Apoderado Padre Madre Titular Beneficiario Hijo Otro Firma:.....